

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9003ST16 (OWU)



MetLife®

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

POMOC

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.



Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najważniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w OWU. Dodatkowo, słowa wyróżnione kursywą zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane dużą literą oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o *Czasowej niezdolności do pracy* przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana *Chorobą* lub *Nieszczęśliwym wypadkiem* czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, wykonywanej na podstawie stosunku pracy lub do świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub do prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. *Hospitalizacją* nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznany w Umowie Limit kredytowy, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
- Limit kredytowy** – określona przez Santander Consumer Bank S.A. dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć. Limit jest ustalany indywidualnie dla każdego Posiadacza Karty. Kwota limitu jest zawsze wielokrotnością stu złotych (100 zł).
- Minimalna kwota spłaty** – kwota wymaganej spłaty minimalnej wskazana w Zestawieniu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym generowane jest Zestawienie, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu wejścia w życie Umowy, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9003ST16.
- Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisany w regulaminie Karty.
- Posiadacz Karty** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która podpisała Umowę z Santander Consumer Bank S.A.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności.
- Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku karty Posiadacza Karty, na którą składają się suma salda wynikającego z transakcji i opłat, odsetki oraz salda wynikającego z Planu spłat ratalnych, w tym bieżąca rata Planu spłat ratalnych. Saldo nie może być większe niż Limit kredytowy.
- Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota łącznej odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zaistnienia wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach Umowy Ubezpieczenia, wynosząca 50.000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego zgodnie z wybranym wariantem (dalej także: „SUU”).

18. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. *Szpitałem* nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



WAŻNE: Szpitałem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

19. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. MetLife TUŃŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
20. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 4 pkt 3 *OWU*.
21. **Ubezpieczający** – *Posiadacz Karty*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* za pośrednictwem *Agent*a, zobowiązany do zapłaty składki.
22. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*.
23. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy Ubezpieczenia*. *Ubezpieczonym* może być tylko *Ubezpieczający*.
24. **Umowa** – umowa o przyznanie *Limitu kredytowego* i wydanie *Karty*, zawarta pomiędzy *Posiadaczem Karty* i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
25. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczającego* oraz *Towarzystwa* załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące integralną całość.
26. **Uposażony** – osoba wyznaczona na śmień przez *Ubezpieczonego* jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (w tym z tytułu śmierci na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*).
27. **Wartość początkowa Planu spłat ratalnych** – wartość początkowa salda zadłużenia rozłożonego na *Plan spłat ratalnych*.
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *Umowy Ubezpieczenia* określone w art. 4 *OWU*.
29. **Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku *Karty*, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie *Minimalnej kwoty spłaty* oraz o numerze rachunku *Karty* przeznaczonego do spłaty, udostępniane przez Santander Consumer Bank S.A. nieodpłatnie *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem strony internetowej www.visa.santander24.pl.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest życie i zdrowie *Ubezpieczonego*.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY I ŚWIADCZENIA

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w SUU, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem *Ubezpieczenia* i obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:

- w ramach wariantu 1.:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Czasową niezdolność do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65. roku życia oraz są *Aktywne zawodowo*, a dla pozostałych osób – *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*;
- w ramach wariantu 2.:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Czasową niezdolność do pracy* dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65. roku życia oraz są *Aktywne zawodowo*, a dla pozostałych osób – *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*.

PRZYKŁAD: Klient przystąpił do *Ubezpieczenia* w ramach wariantu 1. mając 38 lat, jego zakres ochrony obejmował: śmierć, śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*, *Czasową niezdolność do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* oraz *Hospitalizację* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*. W wieku 40 lat zaczął otrzymywać rentę, przestał być aktywny zawodowo, a jego zakres ochrony uległ zmianie: zamiast *Czasowej niezdolności do pracy* zakres ochrony obejmował *Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku*.



2. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*

Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 16 *OWU*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* *Towarzystwo* wypłaca *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1a), 2a), 3a), 4a) *OWU*.

3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*

Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 16 *OWU*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 2, *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1b), 2b), 3b), 4b) *OWU*.

4. Świadczenia z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*

- Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 16 *OWU*, w przypadku stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1c), 2c), 3c), 4c) *OWU*.
- Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1), jest należne, jeżeli w dniu *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby*, powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, *Ubezpieczony* był objęty *Ubezpieczeniem* oraz był *Aktywny zawodowo*, z zastrzeżeniem przypadku określonego w pkt. 3) poniżej.
- W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby*, powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy* mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *Aktywni zawodowo*, za *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub

- całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
- 4) Od daty *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby* do momentu uznania, iż spowodowały one *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt. 3) powyżej *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* zostaje stwierdzona z datą *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby*, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

PRZYKŁAD: Ubezpieczony w wieku 67 lat miał wypadek, którego efektem było nieuleczalne uszkodzenie nerwu, co spowodowało całkowity paraliż kończyny górnej. W tym przypadku Towarzystwo stwierdzi *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* z pominięciem 6-miesięcznego okresu niezdolności do pracy.



5. **Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby**

- 1) W razie *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby Ubezpieczonego* pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1d), 2d), 3d), 4d) *OWU* po nieprzerwanym 7-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
- 2) Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* zostanie wypłacone pod warunkiem, że *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, które wystąpiły w czasie trwania *Ubezpieczenia*.
- 3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* płatne są od 8. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
- 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
- 5) W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*, o których mowa w ust. 6 poniżej.
- 6) Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* będą uznawane za jedną *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 7) W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*, o których mowa w ust. 6 poniżej.

6. **Świadczenia z tytułu**

Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla wariantu 1) lub Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla wariantu 2)

dla osób *Aktywnych zawodowo*, które nie ukończyły 65. roku życia

albo

Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*

- 1) W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo* wystąpienia *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 1e), 2e), 3e), 4e) *OWU* będzie należne jedynie pod warunkiem, że *Czasowa niezdolność do pracy* rozpoczęła się w czasie, gdy *Ubezpieczony* nie ukończył 65. roku życia oraz był *Aktywny zawodowo*, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień *OWU*.
- 2) Świadczenie płatne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu *Czasowej niezdolności do pracy*, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* nie może przekroczyć 6, a całkowita kwota świadczeń wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*.
- 3) W przypadku, gdy powtórna *Czasowa niezdolność do pracy* ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej *Czasowej niezdolności do pracy* i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej *Czasowej niezdolności do pracy*.
- 4) Prawo do świadczenia z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* kończy się:
 - a) z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - c) z dniem, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65 lat,
 - d) z dniem, kiedy *Ubezpieczony* uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - e) z upływem 12. (dwunastego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* w trakcie okresu *Ubezpieczenia*,
 - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% *Sumy ubezpieczenia* z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy*, zgodnie z art. 7 ust. 5 *OWU*,
 - g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności *Towarzystwa* zgodnie z art. 13 *OWU*.
- 5) W razie *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego*, który w dniu rozpoczęcia *Hospitalizacji* ma ukończony 65. rok życia lub nie jest *Aktywny zawodowo*, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1e), 2e), 3e), 4e) *OWU*, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
- 6) Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - a) *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia* i
 - b) *Hospitalizacja Ubezpieczonego* miała miejsce w trakcie trwania *Ubezpieczenia*, i
 - c) *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* przez okres co najmniej 30 następujących po sobie dób.
- 7) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* płatne są od 31. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
- 8) Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
- 9) W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.
- 10) Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* spowodowane tym samym *Nieszczęśliwym wypadkiem* będą uznawane za tę samą *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 11) W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.

WAŻNE: Zdarzenia:

1. *Hospitalizacja* na skutek *Nieszczęśliwego Wypadku* lub *Choroby* oraz
2. *Czasowa niezdolność do pracy* lub *Hospitalizacja* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*, traktowane są rozdzielnie, a limity, o których mowa w ust. 5 i 6 art. 4, nie sumują się.



ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. *Ubezpieczeniem* może zostać objęty każdy *Posiadacz Karty*, który w dniu rozpoczęcia *Ubezpieczenia* ukończył 18 lat, a nie ukończył 69 lat.
2. *Posiadacz Karty*, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia składki, określonej w art. 6 *OWU*.

3. Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
4. *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą doręczenia *Ubezpieczającemu* SUU.
5. Jeżeli treść SUU zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, *Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli *Ubezpieczający* w terminie 7 dni od doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Ubezpieczającym*, który oświadczył, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu *Towarzystwa*.
8. *Umowa Ubezpieczenia* zawierana jest na rok i jest automatycznie przedłużana na kolejny rok z zastrzeżeniem, iż wysokość składki i inne warunki *Umowy Ubezpieczenia* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
9. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* może być przedłużana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* w terminie nie później niż 90 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę, zgodnie z art. 6 ust. 1.
10. *Ubezpieczający* może wyrazić zgodę na zmianę warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* jest przedłużana pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo* jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* jest przedłużana. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *Umowy Ubezpieczenia*, nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem danego roku *Ubezpieczenia*.
11. *Umowa Ubezpieczenia* może nie być przedłużana na kolejne roczne okresy. W takim przypadku *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* w terminie nie później niż 90 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę, zgodnie z art. 6 ust. 1.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez *Ubezpieczającego* miesięcznie w dniu generowania *Zestawienia* odpowiadającego *Okresowi rozliczeniowemu*, za który składka jest należna.
2. Składka obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych*, a także w przypadku wystąpienia zadłużenia na *Karcie* poza Planami ratalnymi – iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) obliczonego na dzień generowania *Zestawienia*.
3. Wysokość składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonych* oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
4. Wysokość stawki z tytułu *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego* jest określona w SUU.

ARTYKUŁ 7. SUMA UBEZPIECZENIA

1. W ramach Grupy ryzyk określonych w wariantcie 1) dla każdego *Planu spłat ratalnych* *Suma ubezpieczenia* z tytułu:
 - a) **śmierci Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - b) **śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – równa jest sumie 200% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - c) **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpił *Nieszczęśliwy wypadek* lub zdiagnozowano *Chorobę*, powodującą *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - d) **Hospitalizacji Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest sumie 100% raty danego *Planu spłat ratalnych*, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Hospitalizacja*,
 - e) **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest sumie 100% raty danego *Planu spłat ratalnych*, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Czasowa niezdolność do pracy*.
2. W ramach Grupy ryzyk określonych w wariantcie 1) dla *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) *Suma ubezpieczenia* z tytułu:
 - a) **śmierci Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - b) **śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – równa jest sumie 200% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - c) **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Nieszczęśliwego wypadku* lub diagnozy *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) za *Okres rozliczeniowy*, w którym *Nieszczęśliwy wypadek* lub diagnoza *Choroby* wystąpiły,
 - d) **Hospitalizacji Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest 100% kwoty stanowiącej *Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) ustalonego na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Hospitalizacja*,
 - e) **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest sumie 100% kwoty stanowiącej *Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) ustalonego na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Czasowa niezdolność do pracy*.
3. W ramach Grupy ryzyk określonych w wariantcie 2) dla każdego *Planu spłat ratalnych* *Suma ubezpieczenia* z tytułu:
 - a) **śmierci Ubezpieczonego** – równa jest sumie 200% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - b) **śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – równa jest sumie 200% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - c) **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Wartości początkowej Planu spłat ratalnych* oraz składki za dany *Plan spłat ratalnych* za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpił *Nieszczęśliwy wypadek* lub zdiagnozowano *Chorobę*, powodującą *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - d) **Hospitalizacji Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest kwocie 100% raty danego *Planu spłat ratalnych*, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Hospitalizacja*,
 - e) **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest kwocie 200% raty danego *Planu spłat ratalnych*, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Czasowa niezdolność do pracy*.
4. W ramach Grupy ryzyk określonych w wariantcie 2) dla *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) *Suma ubezpieczenia* z tytułu:
 - a) **śmierci Ubezpieczonego** – równa jest sumie 200% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - b) **śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – równa jest sumie 200% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) za *Okres rozliczeniowy*, w którym nastąpiło *Zdarzenie ubezpieczeniowe*,
 - c) **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** – równa jest sumie 100% *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), obliczonego na dzień *Nieszczęśliwego wypadku* lub diagnozy *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* oraz składki w ramach *Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*) ustalonego na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Hospitalizacja*,
 - d) **Hospitalizacji Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest sumie 100% kwoty stanowiącej *Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), ustalonego na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Hospitalizacja*,
 - e) **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, określona jako miesięczne świadczenie – równa jest sumie 200% kwoty stanowiącej *Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*), ustalonego na dzień generowania *Zestawienia* za *Okres rozliczeniowy*, w którym rozpoczęła się *Czasowa niezdolność do pracy*.
5. łączna maksymalna suma ubezpieczenia na wypadek *Hospitalizacji* lub *Czasowej niezdolności do pracy* przypadająca na jednego *Ubezpieczonego* w ramach danej *Umowy* kredytowej, z tytułu jednego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, nie może przekroczyć kwoty 18.000 (słownie: osiemnastu tysięcy) zł. Limit ten obejmuje *Plan spłat ratalnych* oraz *Saldo zadłużenia* (z wyłączeniem *Planów spłat ratalnych*).

ARTYKUŁ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Agentowi* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:
 - 1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego**:
 - a) odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agentę*),
 - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (kopia potwierdzona przez *Agentę*),
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - f) kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 2) w przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**:
 - w przypadku osób **Aktywnych zawodowo**:
 - a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - b) kopii dowodu **Aktywności zawodowej** (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) *Ubezpieczonego* w dniu zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, które spowodowało *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*,
 - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Trwała i całkowita niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*,
 - w przypadku osób, które nie były **Aktywne zawodowo** lub ukończyły 65. rok życia:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - b) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, potwierdzających, że *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - 3) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** (w tym na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*):
 - a) kopii zwolnienia lekarskiego, orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy, potwierdzającego *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - b) dokumentacji potwierdzającej prowadzenie przez *Ubezpieczonego* w dniu rozpoczęcia *Czasowej niezdolności do pracy* działalności gospodarczej lub uzyskiwanie dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*. W przypadku *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* konieczne jest potwierdzenie, że zdarzenie miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane w formularzu *Towarzystwa*,
 - g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - 4) w przypadku **Hospitalizacji Ubezpieczonego**:
 - a) kopii dokumentacji medycznej *Ubezpieczonego* dotyczącej *Hospitalizacji*,
 - b) kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy *Hospitalizacja* miała miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - f) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

za pośrednictwem Agenta:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Santander Consumer Bank S.A. we Wrocławiu, przy ul. Strzegomskiej 42c
- **osobiście** – w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.

bezpośrednio do Towarzystwa:

- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.



2. Dodatkowe informacje
 - 1) W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem, że *Towarzystwo* wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie w sytuacji, gdy takie dokumenty są dla *Towarzystwa* niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
 - 2) *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *Zdarzenia ubezpieczeniowego* lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia
 - 1) *Towarzystwo* jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* spełni w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

ARTYKUŁ 9. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne do celu podjęcia przez *Towarzystwo* decyzji w przedmiocie zasadności lub wysokości roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Ubezpieczonego dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane na koszt Towarzystwa we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.



ARTYKUŁ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.



1. *Ubezpieczający* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
 - b) nr SUU,
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - d) data urodzenia *Uposażonego* (jeśli jest osobą fizyczną),
 - e) adres do korespondencji *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - f) PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - g) udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
 Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej.
4. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego* wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
6. W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma małżonka *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonki świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone pozostałym spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*.

ARTYKUŁ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.



1. Niniejsze *Ubezpieczenie* nie obejmuje *Zdarzeń ubezpieczeniowych* powstałych na skutek:
 - 1) samobójstwa *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - 2) samookaleczenia *Ubezpieczonego* lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 3) *Choroby* lub niepełnosprawności *Ubezpieczonego* zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia *Ubezpieczenia* i będących przyczyną wystąpienia *Zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego *Ubezpieczeniem* – w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia *Ubezpieczenia*,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez *Ubezpieczonego* oraz świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest związana z zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Czasowa niezdolność do pracy* wystąpiła wskutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 2) niesprawności stwierdzonej przez *Ubezpieczonego* na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami,
 - 3) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Hospitalizacja Ubezpieczonego* powstała na skutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *Nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - 4) wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu *Choroby* rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 5) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 6) infekcji powstałych w trakcie *Hospitalizacji*,
 - 7) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *Szpitala*.

ARTYKUŁ 12. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. *Ubezpieczający* ma prawo zarówno do odstąpienia od *Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, jak również ma prawo do wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w całym okresie jej trwania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Agentowi* lub bezpośrednio *Towarzystwu*.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer SUU.
4. W przypadku odstąpienia *Ubezpieczającego* od *Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* całość składki zostanie zwrócona *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem *Agenta* w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym *Towarzystwo* otrzyma pisemne oświadczenie *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy Ubezpieczenia*.
5. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* *Ubezpieczenie* trwa do końca *Okresu rozliczeniowego*, przypadającego po dniu złożenia przez *Ubezpieczającego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 13. WYGASNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do każdego *Ubezpieczonego* wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

- 1) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70 lat,
- 2) z końcem *Okresu rozliczeniowego* przypadającego po rozwiązaniu *Umowy*,
- 3) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczający* wypowiedział *Umowę*,
- 4) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym dokonano wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*,
- 5) w dniu stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
- 6) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
- 7) z końcem danego roku *Ubezpieczenia*, w przypadku gdy *Ubezpieczający* nie zaakceptował zaproponowanych przez *Towarzystwo* zmienionych warunków *Umowy Ubezpieczenia* lub *Towarzystwo* powiadomiło *Ubezpieczającego* o nieprzedłużaniu *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 14. REKLAMACJE

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *Reklamację*:
 - 1) pisemnie na adres siedziby *Towarzystwa*: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - 4) osobiście w siedzibie *Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
2. Każda *Reklamacja* złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *Reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesyłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *Reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *Reklamację*, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź *Towarzystwa* ws. *Reklamacji* dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.



4. O ile składający *Reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *Reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *Reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *Reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami SUU rozstrzygają postanowienia SUU.

ARTYKUŁ 16. PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają *Ubezpieczonego* i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczającego* lub *Uposażonego* związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w SUU.
2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczonego, Ubezpieczającego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczającego* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w SUU.

ARTYKUŁ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.

ARTYKUŁ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących *Umowy Ubezpieczenia* i znacząco usprawni jej obsługę.



1. *Ubezpieczający* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
 Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez *Ubezpieczającego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

ARTYKUŁ 20. PEŁNOMOCNICTWA

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności i doręczone *Towarzystwu* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela *Agent*a lub *Towarzystwa*.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlife.pl
www.metlife.pl

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nr 9003ST16

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 8 – str. 5
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 4, 5 – str. 1 art. 2 ust. 20 – str. 2 art. 7 – str. 4 art. 11 – str. 6
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy